FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 N° 123

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 janvier 1907 à 1 heure.

PAR

M. GREMEAUX

DES HYPERESTHÉSIES DOULOUREUSES

DANS LA CONVALESCENCE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Président : M. DIEULAFOY, *professeur*

Juges : MM. BERGER, *professeur*
HUTINEL, *professeur*
MARION, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1907

A LA MÉMOIRE

DE

MON COUSIN

LE DOCTEUR CARLET

Professeur

à la Faculté des Sciences et à l'Ecole de Médecine de Grenoble.

ET DE

MON GRAND ONCLE

LE DOCTEUR BUZENET

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR LOUIS RÉNON

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

PRÉFACE

Nous ne voulons pas quitter les études médicales, sans assurer de nos sentiments de vive gratitude, tous ceux qui, pendant ces sept années, ont contribué à notre enseignement.

Nos remerciements iront d'abord à MM. les Docteurs Broussolle, Parizot et Baron que nous eûmes comme premiers maîtres, alors que nous étions Stagiaire, puis Externe, dans les services de chirurgie de l'hôpital de Dijon.

Nous nous tournerons ensuite vers M. le Docteur Deroye, le sympathique et aimé Directeur de l'École de Médecine de Dijon, afin de l'assurer de toute notre reconnaissance ; car c'est lui qui guida nos premiers pas, alors que, jeune étudiant, nous commencions l'étude de la médecine proprement dite.

En même temps, nous eûmes l'honneur de suivre les leçons d'une pléiade de médecins très érudits MM. les Docteurs E. Morlot, Dubard, Breton, Lucien, Lamouche, dont nous ne pouvons que louer hautement ici, le profond savoir et le grand sens clinique.

Nous nous garderons d'oublier M. le Docteur Pautrelet, ancien directeur de la Maternité de Dijon qui nous a ini-

tié aux pratiques de l'accouchement, et nous le prions de bien vouloir agréer tous nos remerciements.

Il reste encore un de nos maîtres de l'hôpital de Dijon, dont nous n'avons encore rien dit, nous voulons parler de de M. le Docteur Perrin, et c'est bien à dessein que nous l'avons placé après les autres, afin de pouvoir plus longuement lui confier, tout ce que son obligeance, son amabilité et sa grande érudition, ont pu susciter en nous de gratitude, de sympathie et d'estime. Pendant tout le temps que nous passâmes dans son service, soit comme Externe, soit comme Interne, il ne cessa de nous prodiguer les marques de la plus affectueuse bienveillance, et nous reçûmes en même temps de lui un enseignement de la médecine et de la thérapeutique tels, que tout ce que nous savons à l'heure actuelle, est en grande partie son œuvre. Aussi, sommes-nous heureux d'avoir ici cette occasion de lui adresser publiquement, l'expression de notre reconnaissance la plus profonde et de notre entier dévouement.

Lorsque nous arrivâmes à la Faculté de Paris, nous eûmes successivement comme maîtres dans les hôpitaux, MM. les Professeurs Gaucher et Pinard. Nous sommes redevable au premier des seules connaissances que nous ayions jamais acquises dans les maladies de la peau ; quant au second, il jeta un jour nouveau sur les idées obstétricales que nous avions jusqu'alors, et les enseignements qu'il nous a donnés, seront pour nous, un guide précieux, dans notre pratique de l'accouchement. Nous prions ces deux Professeurs d'être assurés de notre gratitude pleine et entière.

Nous nous en voudrions profondément, d'oublier M. le Docteur Rénon, qui nous accueillit avec tant d'amabilité, dans son service, à l'hôpital de la Pitié, et qui nous donna tous les éléments nécessaires à l'accomplissement de notre thèse. C'est lui, en effet, qui, ayant relevé, l'année dernière, les observations de deux de ses malades ayant eu des hyperesthésies douloureuses des extrémités, dans la convalescence de leur fièvre typhoïde, nous a signalé un autre cas semblable, actuellement en traitement dans une de ses salles. Ayant recueilli l'observation de cette malade, nous crûmes qu'il pourrait être intéressant de parler de ces faits, dont les auteurs classiques ne se sont pas, jusqu'ici, encore occupés.

Enfin nous prions M. le Professeur Dieulafoy d'agréer l'expression de notre profonde reconnaissance, pour le grand honneur qu'il nous a fait, d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Dans toutes les maladies infectieuses, offrant quelque gravité, on a presque toujours l'occasion de constater des phénomènes d'hyperesthésie, siègeant sur des endroits les plus variés de la surface cutanée. Il est certain, que de tels faits, par la banalité même dont ils sont empreints, ne méritent, en aucune façon, d'attirer l'attention sur eux.

Mais toute autre, nous a-t-il semblé, est l'importance de ces hyperesthésies dont nous rapportons plus loin les circonstances cliniques. Celles-ci, en effet, par les douleurs intenses qu'elles engendrent, par leur siège constant dans les extrémités des membres, par leur bilatéralité absolue, et, enfin, par leur présence avec tout ce cortège de signes dans la fièvre typhoïde seule, méritent, à notre avis, sinon une place particulière, parmi les complications de cette dernière maladie, du moins nous paraissent devoir retenir un peu l'attention, à cause de leur rareté même, et aussi, de la nécessité qu'il y a de les différencier « d'au-« tres accidents plus graves, au cours desquels, l'élément « douleur tient, au début, une place prépondérante. — Louis Rénon et L. Tixier ».

HISTORIQUE

Comme toutes les manifestations cliniques, dont les signes n'ont jamais été classés d'une façon précise, les hyperesthésies douloureuses des orteils, dans la fièvre typhoïde, n'ont attiré l'attention que d'un nombre très restreint de cliniciens. Ce n'est pas à dire pour cela qu'elles n'aient jamais été observées ; mais, trop souvent, elles n'ont pas été publiées et, par suite, leur connaissance n'a pu en être vulgarisée. Aussi, trouvons-nous très peu, trop peu pourrions-nous dire, de rapports ayant trait à cette question.

Lombard et Fauconnet, en 1843, signalent, pour la première fois ces hyperesthésies cutanées, qu'ils attribuent à des lésions médullaires. — Après eux, Fritz, en 1863, publie un certain nombre d'observations, où, quelques-unes d'entre elles, se rapportent à des cas d'hyperesthésies douloureuses des extrémités ; mais il leur attribue, comme tous ceux de son époque, une origine médullaire. — Puis Murchison, en 1878, dit avoir eu souvent son attention attirée, au cours de la dothienentérie, par de grandes douleurs des pieds et des jambes, ayant un caractère névralgique, douleurs qu'il a vu fréquemment être le prélude de complications plus graves, telles que phlegmatia alba dolens, gangrène des extrémités, ou paralysie. — Hutinel, en 1879, attribue ces phénomènes douloureux à la coexistence d'une périostite dont il considère l'apparition

comme spontanée ; et Mercier, à la même époque, bien que rangé à l'opinion de la périostite, voit en elle la résultante d'un traumatisme. — Pour Grellety, en 1883, ces phénomènes sensitifs, proviendraient d'une excitabilité excessive des muscles en voie de réparation ; ces excitations retentissant sur la mœlle, entretiendraient, par un phénomène réflexe, une contracture symétrique et douloureuse. — Fernet en 1883, pense au contraire, à un spasme vasculaire. — Barié, en 1884, soutient une opinion nouvelle ; il considère que l'origine de ces troubles de la sensibilité, siège dans une inflammation artérielle, avec oblitération plus ou moins parfaite des vaisseaux ; mais comme il ne note pas les gros signes de l'artérite tronculaire aiguë, il pense à une artérite pariétale. — Raymond, en 1885, publie deux cas où ces hyperesthésies douloureuses, ne sont que les symptômes précurseurs d'une myélite ascendante accompagnée de paralysie. — Pitres et Vaillard, en 1885, tendent à établir d'une façon indubitable, par une démonstration anatomique, qu'il s'agit d'altérations des nerfs, et que ces douleurs sont dues à une névrite périphérique. — Rendu, en 1890, cite un cas où l'oblitération artérielle, accompagnée de cordon induré et de gonflement, a été nettement l'origine des douleurs. — Guny, en 1900, conclut, dans quatre observations inédites, soit à une influence nerveuse, d'origine périphérique ou d'origine médullaire, soit à une artérité pariétale. — Enfin nous citerons l'intéressante communication qui fut faite, par M. le Docteur Rénon, dans la séance du 22 juin 1906, à la Société médicale des Hôpitaux, sur les

hyperesthésies douloureuses des extrémités dans la convalescence de la fièvre typhoïde, communication dont nous avons extrait les deux observations, parce qu'elles viennent à l'appui de notre thèse. — Indépendamment de ces études, qui portent, d'une manière directe, sur le sujet que nous reprenons à notre tour, d'autres auteurs dont il serait long et fastidieux de dresser la liste, ont eu incidemment à s'en occuper. C'est ainsi que tous les travaux portant sur les complications de la fièvre typhoïde, accompagnée de douleurs des membres, ont nécessairement quelque attache avec notre sujet. Sans les énumérer tous, nous signalerons cependant : — le travail de Goubeau, en 1900, en ce qui concerne les troubles cutanés ; le travail de Parot en 1904, au sujet des phénomènes nerveux médullaires ; les travaux de Muxart en 1899, et de Bru en 1903, sur des cas de phlegmatia alba dolens, et enfin, ceux de Van Remoortère, en 1901, de Gardiol, en 1903, d'Orsini, en 1905, sur les ostéopériostites. Dans chacun de ces groupes de faits, sont notés des phénomènes douloureux des extrémités.

Enfin, tous les auteurs qui se sont occupés des complications quelles qu'elles soient, s'accompagnant de douleurs dans les membres pendant la convalescence des typhiques, méritent également une mention ici, à cause du rapport que notre travail affecte avec les troubles sensitifs qu'ils ont décrits. Nous avons consulté les principaux d'entre eux, et avons eu recours aux éclaircissements qu'ils nous ont donnés pour mener à bien la tâche que nous nous sommes imposée.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Le début de ces hyperesthésies douloureuses se fait à une date assez variable par rapport au commencement de la maladie. C'est ainsi que, dans les cas que nous rapportons, ces phénomènes commencent à apparaître du vingt-troisième au quarante-cinquième jour de la dothienentérie, c'est-à-dire par là, qu'on ne peut se baser sur le temps écoulé, pour affirmer qu'ils sont ou non capables de se produire encore. Cependant, il est un fait que l'on observe d'une façon constante, c'est que la fièvre était tombée ou descendait graduellement, en d'autres termes c'est lorsque les malades se trouvaient en convalescence ou allaient y entrer que des hyperesthésies douloureuses apparurent, soit dans leurs pieds, soit dans leurs mains.

Quant au pourquoi de cette simultanéité persistante de faits, il faut sans doute voir là, non pas une simple coïncidence, mais beaucoup mieux, une relation de cause à effet. Nous savons tous que pendant les fièvres infectieuses tout notre organisme subit une atteinte dégénérative qui a son action jusque dans l'intimité des tissus. Dès lors, serait-il invraisemblable d'admettre qu'au moment de la convalescence, il se produise une réparation de tous les organes, un remaniement de leurs parties constituantes, une sorte d'état physiologique de passage, qui rendrait les éléments beaucoup plus accessibles aux agents pathogènes et à leurs toxines. C'est qu'en effet, dans tous les cas

que nous rapportons, la température qui était en voie de régression, a subitement remonté, en même temps qu'apparurent des phénomènes d'hyperesthésie. Et d'autant plus admissible, devient l'hypothèse d'une réinfection, que nous constatâmes quelques jours après, une nouvelle éruption, légère il est vrai, mais non moins évidente de taches rosées lenticulaires caractéristiques. Notons encore à l'appui de cette manière de voir, que chez tous, nous observâmes pour la descente de la température et la fin des hyperesthésies douloureuses, la même concordance que nous avions notée pour l'ascension de la courbe thermique et l'apparition des phénomènes. Ce sont là, il nous semble, des preuves suffisantes pour voir dans une infection renouvelée, la cause *efficiente* des faits en question.

Pour ce qui est des causes *occasionnelles* prédisposant à cette hyperesthésie, nous pouvons admettre que le terrain doit certainement avoir une influence particulière. C'est ainsi que les femmes et les enfants, ont toujours été considérés comme plus exposés que les autres aux troubles de la sensibilité. Cette croyance n'a d'ailleurs rien qui puisse nous surprendre, car nous savons que chez ces mêmes individus, le système nerveux présente une impressionnabilité spéciale à toutes les excitations, quelles qu'elles soient, d'ordre physiologique ou d'ordre pathologique. Ajoutons, pour donner une preuve de nos assertions, que toutes nos observations, sauf une, rentrent dans ce cadre, autrement dit, n'ont trait qu'à des femmes ou à des sujets de moins de vingt ans.

Mais il est certain, que si le terrain peut, jusqu'à un

certain point, jouer un rôle dans la genèse de ces phénomènes, il n'est sûrement pas le seul facteur en jeu ; sans cela nous verrions chez toutes les femmes et chez tous les enfants atteints de la fièvre typhoïde, se développer des hyperesthésies douloureuses. Il faut donc, laissant de côté le malade, se tourner vers la maladie elle-même, et se demander comment son évolution donne ces résultats dans certains cas et non dans d'autres. Mais ici, nous n'avons aucun fait précis permettant d'appuyer plutôt une opinion qu'une autre ; aussi ne sont-ce que des hypothèses que nous formulons. L'intensité de la pyrexie pourrait, à juste titre être regardée comme un facteur important, puisque c'est toujours à la suite d'une rechute, que l'on voit survenir les phénomènes dont nous nous occupons ; c'est donc qu'il s'agissait dans ces cas d'une maladie ayant une évolution en somme assez grave. — D'autre part, faut-il regarder, dans ces circonstances, le bacille d'Eberth ou ses toxines comme doués d'une virulence particulière vis-à-vis des nerfs sensitifs ? Mais alors, pourquoi d'autres parties du corps que les pieds et les mains n'en subiraient-elles pas les atteintes ou tout au moins n'en fourniraient-elles pas les réactions douloureuses que nous nous y avons notées ?

A cela, nous pourrons essayer de répondre, en recherchant les causes de cette localisation aux extrémités. Nous avons dit au début de ce chapitre que lorsque la convalescence commençait, les tissus, plus ou moins altérés par les toxines, subissaient une sorte de réparation qui les rendait beaucoup plus vulnérables. Or les pieds et les

mains étant les parties dans lesquelles les mouvements ont, presque seuls, continuellement persisté, et étant aussi les premiers dont les malades se servent quand ils recommencent à agir, quoi de plus naturel de penser, que là, va se faire un travail de régénération beaucoup plus prononcé qu'ailleurs, et que ce surcroît d'activité entraînera avec elle, dans ces endroits seulement, de l'hyperesthésie douloureuse. L'explication que nous venons de fournir n'est pas la seule, et à côté d'elle, il en existe une autre, qui, en apparence moins satisfaisante pourrait, cependant être juste dans certains cas ; elle rentrerait d'ailleurs dans la précédente, par un certain côté. Les orteils d'une part, l'extrémité des doigts de la main d'autre part, subissent, pendant tout le cours de la maladie, des traumatismes continuels, soit par le contact des draps et des couvertures, soit par la préhension des objets, soit enfin par le simple poids des membres ; et, comme ces parties du corps, en contact avec les agents extérieurs, sont très peu garnies de tissu cellulaire sous cutané, il se pourrait fort bien qu'il se fît là des lésions nerveuses donnant lieu, au bout d'un certain temps, à des névrites douloureuses localisées. Mais alors, dira-t-on, que devient la hausse thermique qui accompagne la production de ces hyperesthésies ? Nous répondrons, comme précédemment, que sans doute il s'est fait une réinfection marquée par une virulence nouvelle des toxines et que celles-ci ont porté, tout naturellement, leur atteinte maxima sur les nerfs primitivement lésés par des violences extérieures.

En résumé, nous voyons que de tout cet exposé, nous

ne pouvons conclure à une théorie immuable, expliquant toujours de la même façon les hyperesthésies douloureuses des extrémités qui surviennent dans la convalescence de la dothienentérie. — Retenons seulement que les causes occasionnelles peuvent tenir, soit à l'état du malade soit à la nature de la maladie elle-même, et que ces phénomènes se localisent aux orteils et aux doigts parce que ce sont les parties les plus lésées, soit par les mouvements soit par les traumatismes ; mais, que la seule cause originelle, sans laquelle rien de tout cela n'arriverait, est une infection renouvelée.

SYMPTOMATOLOGIE

Comme nous l'avons dit, c'est une récidive de la dothienentérie, traduite par une ascension thermique nouvelle, alors que la convalescence se poursuit ou commence, que débutent, en général, les faits qui nous occupent. Pendant un ou deux jours, les malades se plaignent d'un engourdissement bilatéral de leurs extrémités ; il leur semble qu'ils n'ont plus la nette perception de leurs orteils et de leurs doigts. Les jours suivants, apparaissent les fourmillements qui leur sont très désagréables, puis des élancements viennent compléter l'ensemble de ces signes subjectifs. Le malade est alors en proie à des paroxysmes douloureux qui prennent ce caractère, principalement la nuit, et qui, revêtant une acuité extrême, empêchent tout sommeil. Si l'on vient à mettre les malades dans les bains froids, ils accusent immédiatement une recrudescence de leurs sensations douloureuses ; c'est au point que ces bains qu'ils acceptaient presque avec plaisir auparavant, en raison du bien-être qu'ils leur procuraient, deviennent pour eux un véritable supplice, auquel ils ne se prêtent que de très mauvais gré. Pour certains même, (Observ. III) la douleur était à ce point insupportable, que toute balnéation dût être suspendue.

Lorsque l'on considère les malades dans leur lit, on voit qu'ils font prendre à leurs membres sensibles, les positions les plus diverses pour éviter le poids, et même le contact des draps et des couvertures. Les uns se cou-

chent à demi sur le côté, fléchissent un peu les jambes, de façon que leurs pieds reposent sur le lit par leur face latérale ; d'autres restent sur le dos et portent leurs pieds et abduction, d'autres enfin, emploient des procédés plus ingénieux et plus compliqués, comme celui de nouer un mouchoir autour des pieds, (Observat. VII) de façon qu'il s'interpose entre leurs orteils et le drap du lit.

Quant aux signes objectifs, ils sont à peu près tous négatifs. L'exploration de la sensibilité est très difficile, en raison même des douleurs qu'elle provoque. On ne découvre aucune zône d'anesthésie ou d'hypoesthésie pas plus pour les sensations tactiles que pour les sensations douloureuses. Quant à l'hyperesthésie, elle prédomine tantôt à la face dorsale, tantôt à la face inférieure des doigts ou des orteils. De plus, c'est une douleur très superficielle et en nappe, qui est exaspérée par le plus léger frôlement. Nous avons vu plus haut que les bains froids amenaient une recrudescence des troubles sensitifs, de même, tout contact d'objet froid ou chaud amenant une variation brusque de température, produit les mêmes symptômes. A côté de cela les malades ont la perception très nette du froid ou du chaud. En général, ces phénomènes sont parfaitement localisés aux extrémités et l'on ne trouve rien de particulier à signaler, ni du côté des avant-bras, ni du côté des jambes ; sauf dans un cas (Observat. II) où l'on constata de l'hyperesthésie jusqu'au niveau du tiers inférieur de la jambe. « Les réflexes cutanés et tendi-« neux sont semblables et normaux aux membres supé-« rieurs comme aux membres inférieurs » (Rénon). Il

n'existe ni œdème, ni rougeur anormale, ni cyanose ; on ne trouve aucun cordon veineux induré, aucun cordon nerveux n'est spécialement douloureux, et les battements artériels sont partout perçus.

Quant à la durée de ces troubles sensitifs, elle varie entre douze et quinze jours, rarement plus et rarement moins. Cependant, dans certains cas, bien après que les douleurs spontanées ont disparu, on voit persister encore des douleurs à la pression. Parfois même, pendant la convalescence, alors que le malade se lève et marche, il se plaint souvent de ses pieds qui offrent encore un peu de sensibilité. Mais au bout d'un certain temps, qui n'est d'ailleurs jamais bien long, tout rentre dans l'ordre, et les malades ne se ressentent plus de rien.

Le tableau général que nous venons de tracer des symptômes se rapporte sans doute à tous les cas que nous relatons ici ; cependant, il est certaines particularités inhérentes à chacun d'eux, tout au moins dans les trois premières observations, que nous croyons bon de mettre en relief et de passer en revue.

Dans l'Observation I, la malade dont il s'agit, offrit ceci de différent des autres, que son hyperesthésie avait son foyer maximum, non pas sur la face dorsale des orteils, mais sur leur face plantaire. De plus, un autre siège du mal apparut, en même temps, aux deux talons avec une intensité au moins égale. La région intermédiaire du pied, celle qui correspond à la voûte plantaire, était absolument indemne de tout trouble de la sensibilité, et la pression la plus accentuée, à ce niveau, ne déterminait aucune dou-

leur. Celle-ci, dans les sièges qu'elle occupait, est apparue en trois jours et a disparu de même en trois jours en s'atténuant de plus en plus ; elle avait duré, en tout, vingt-trois jours. Cependant, on constata encore pendant cinq à six jours après, que les pieds étaient encore sensibles à la pression dans les endroits où étaient auparavant les douleurs spontanées.

Le jeune homme dont l'Observation II trace la maladie n'a présenté ses phénomènes d'hyperesthésie que le cinquante-deuxième jour, c'est-à-dire assez tardivement, par rapport aux autres. Chez lui, les symptômes sensitifs débutèrent encore plus insidieusement, puisque les véritables douleurs furent annoncées pendant sept jours consécutifs par des engourdissements et des fourmillements. Dans ce cas, ce fut la face dorsale du pied qui fut prise, et ces modifications de la sensibilité gagnant la jambe, remontèrent jusqu'au tiers inférieur de celle-ci. La disparition de ces troubles, se fit d'une façon progressive, mais relativement rapide. Onze jours après le début, tout était rentré dans l'ordre, et la pression elle-même ne provoquait aucune réaction de défense.

Quant à l'Observation III, elle est particulièrement intéressante, en ce sens qu'à l'encontre de toutes les autres où les phénomènes d'hyperesthésie siégèrent uniquement aux membres inférieurs, ici ce fut des mains que le malade se plaignit surtout, bien que ses pieds le fissent également souffrir. Ces troubles qui occupèrent la face dorsale des doigts et des orteils, apparurent le dix-neuvième jour de la maladie, avec une intensité presque maxima d'emblée,

au point que l'on fût obligé, dès cette date, de suspendre les bains froids. On vit d'ailleurs, douze jours après, disparaître totalement les douleurs aussi brusquement qu'elles étaient apparues.

En somme, nous voyons d'après l'évolution de ces phénomènes, que bien qu'ils apparaissent avec des allures plutôt bruyantes et pénibles, ils évoluent cependant, en général, en un temps assez court, et ne laissent après eux aucune trace de leur passage.

DIAGNOSTIC

Bien que la bénignité même des hyperesthésies douloureuses qui surviennent dans la convalescence de la fièvre typhoïde, nous semble, dès maintenant, à peu près établie, il est cependant, à notre avis, nécessaire d'isoler cette petite complication, qui forme à elle seule un tout assez compact, d'une série d'autres complications de la dothienentérie, dont la douleur n'est qu'un des symptômes, mais qui pourraient cependant, par ce côté même, être prises pour le phénomène particulier dont nous nous occupons ici.

Nous ne reviendrons pas sur les signes du diagnostic essentiel qui est implicitement compris dans les symptômes décrits au chapitre précédent ; nous passerons donc de suite au diagnostic différentiel.

A première vue, une *ostéo-périostite* au début, peut nous donner des signes semblables à ceux que nous avons décrits plus haut. On note, en un point assez limité, une douleur dont la pression et les mouvements augmentent l'intensité ; les souffrances sont aussi plus vives pendant la nuit et privent le malade de tout repos. Mais à la palpation, on perçoit un gonflement, une induration limitée qui fait corps avec l'os. Si nous ajoutons à ces détails, que ce sont surtout les os des membres inférieurs qui sont frappés, que la plus grande fréquence se fait remarquer entre douze et vingt-cinq ans, nous pourrons, à la rigueur, confondre la

simple hyperesthésie douloureuse avec les ostéo-périostites typhiques ; d'autant plus qu'en envisageant les causes, certains auteurs, Mercier (12) entre autres, admettent que les traumatismes les plus légers, causés, par exemple, par le poids des couvertures, peuvent donner naissance à des ostéopathies. On voit donc là encore une source de rapprochements.

Mais il est des signes qui permettent, à coup sûr, de différencier les deux affections ; c'est l'évolution ultérieure de l'ostéopériostite. Quelques fois, celle-ci régresse ou passe à l'état chronique ; mais dans ces deux cas, pendant longtemps, on continue à percevoir un gonflement induré de l'os. Si, au contraire, la lésion aboutit à la suppuration, les téguments deviennent rouges, amincis, et la fluctuation profonde peut apparaître. Dans ce cas, le doute n'est plus possible. — Enfin, les os le plus fréquemment atteints sont les os longs, et, plus rarement, déjà, les os plats ; mais dans tous les cas d'ostéopériostite typhique signalés nous n'avons pu en découvrir un seul qui siègeât sur les phalanges.

Les *arthrites* consécutives à la fièvre typhoïde pourraient-elles aussi induire en erreur, car la douleur en est un des symptômes fondamentaux ? Nous savons, depuis Bouchard (1881), que « toutes les maladies infectieuses « peuvent présenter, parmi leurs manifestations contingen- « tes, des déterminations articulaires... relevant de l'in- « fection générale de l'économie. » Or ces localisations n'aboutissent pas toujours à la suppuration, quoique cette dernière soit l'évolution ultime la plus ordinaire. Cepen-

dant, dans tous les cas, il existe une phase prémonitoire ou de début, dans laquelle on note des arthralgies multiples, pluriarticulaires, qui font bientôt place à une douleur très vive, tenace, insupportable au moindre mouvement. La pression y est très douloureuse, le gonflement est assez marqué et occupe aussi les parties molles périarticulaires ; il siège surtout du côté de la face dorsale du membre. Quelques fois, comme dans la « forme arthritique de Bazins », les phénomènes objectifs sont encore moins accentués et l'on n'observe que quelques douleurs vives articulaires qui s'irradient dans les muscles ; on ne note dans ces cas ni gonflement ni rougeur. Mais ce sont là des formes relativement rares, et le plus souvent, au lieu de voir ces phénomènes s'amender, on constate que les extrémités osseuses en contact, paraissent augmentées de volume ; peu à peu l'articulation gonfle, la peau devient rouge, lisse et tendue, et la fluctuation apparaît : l'arthrite est devenue suppurée. Il ne nous semble pas, qu'à aucun de ces stades, l'arthrite typhique puisse être confondue avec la simple hyperesthésie douloureuse des extrémités, pas même au début où les signes physiques sont beaucoup plus marqués et jamais aussi superficiels ni transitoires.

Moins profondément que les articulations, nous trouvons les muscles, qui peuvent, eux aussi, être une source de complications douloureuses ; nous voulons parler des *myosites*. Or, celles-ci, sont loin d'être une rareté à la suite de la fièvre typhoïde. Sommeil (21) rapporte vingt-cinq cas d'abcès musculaires nés dans ces circonstances. Le début en est, en général, insidieux ; il est souvent mar-

qué par un effort que fait le malade, soit pour s'asseoir, soit pour changer de position ; il se fait une contraction musculaire suivie, sans doute, d'une petite rupture. A sa suite, se forme un hématome. Ce dernier peut être très petit, occasionner seulement un peu de douleur et se résorber, les fibres musculaires se régénérant. Mais la terminaison la plus ordinaire est l'envahissement de ce foyer sanguin, soit par le bacille d'Eberth, soit par le staphylocoque doré, soit par tous les deux à la fois, et alors la suppuration survient. Encore ici, nous voyons, qu'à part les cas très rares où la myosite se résout sans suppuration, le diagnostic différentiel n'est pas sujet à erreur ; et même dans les cas très bénins, on ne pourra se tromper, car dans la myosite, la douleur siège sur un point assez limité, et n'est jamais ni superficielle ni étendue en plaques et encore moins bilatérale.

Les *myalgies* ayant des symptômes beaucoup plus obscurs, pourraient peut-être prêter à confusion, si l'on s'en tenait à la seule douleur constatée. Mais les doutes se dissiperont d'eux-mêmes, si l'on analyse cette douleur elle-même. En effet, siégeant dans les muscles, elle n'aura donc son maximum ni au niveau des orteils ni au niveau des doigts, qui tous en sont dépourvus ; de plus, cette douleur serait surtout profonde et non pas cutanée ni susceptible d'être exagérée par un simple frôlement. Enfin à l'état de repos, elle ne donnerait pas simultanément aux deux extrémités des fourmillements et des élancements.

Les *synovites*, soit séreuses, soit purulentes, peuvent survenir au cours de la dothienentérie. Les gaines le plus

souvent atteintes sont celles des extenseurs des doigts, des péroniers et des extenseurs des orteils. Quant à l'intensité des accidents, elle est très variable, depuis une apparence franchement aiguë, et douloureuse, jusqu'à l'allure subaiguë et même chronique. Dans tous les cas, la moindre pression est douloureuse ; mais dans les formes aiguës, d'une part, il y a un gonflement manifeste œdémateux, et, même quelquefois, une coloration rosée ou rouge qui dessine le trajet de la gaine. Dans les formes torpides, d'autre part, les seules qui pourraient être source d'erreur, les contours de la synoviale se dessinent comme si elle était injectée, et la fluctuation est évidente ; ce sont là des signes que nous n'avons pas constatés chez nos malades.

La *phlébite* dont Vincent (25) trouve sur cent typhiques, une proportion de 8,23, est donc une complication assez fréquente. Elle apparaît surtout au moment de la convalescence, car le sang, à ce moment, encombré de déchets organiques de la désassimilation, constitue, pour les parois vasculaires, une cause dangereuse d'irritation. A l'occasion d'un mouvement, peut se montrer subitement dans un membre, une douleur vive qui persiste sans s'atténuer. C'est en général, dans le membre inférieur gauche que se montre ce phénomène. Puis, en même temps, apparaissent un point de côté et de la dyspnée ; dans le membre malade se forme un œdème pâle, pas très dur, gardant mal l'empreinte du doigt. Mais cette forme qu'on voit le plus couramment, n'est pas celle qui puisse faire hésiter entre la simple hyperesthésie douloureuse et la

phlébite. Mais il est une autre forme, plus rare, il est vrai, que Vaquez (24) a parfaitement décrite et qui débute comme les troubles de la sensibilité que nous avons observés chez nos malades. Le patient présente pendant quelques jours une élévation de température que l'on rapporte, en général, à tort, à un écart de régime, parce qu'on ne sait à quoi l'attribuer ; puis des fourmillements apparaissent, ainsi que des crampes qui durent, en général, plusieurs jours. La température du membre est légèrement accrue, au début, mais elle s'abaisse dans la suite. Si, jusqu'ici, le diagnostic peut rester incertain, la suite de l'évolution morbide l'éclaire bientôt. En effet, comme dans les formes ordinaires, l'œdème survient ; parfois un vaisseau enflammé est perceptible à la palpation. Quelquefois, par propagation, le membre opposé se prend à son tour ; mais on ne connaît point de cas où la phlegmasie ait été symétrique d'emblée.

Ainsi donc, si l'on avait quelque hésitation, au début des symptômes, il faut attendre quelques jours, l'évolution du phénomène, bien qu'on ait déjà de fortes présomptions en faveur d'une phlébite, si les douleurs ne sont pas, dès le début, limitées à l'extrémité du membre et ne sont pas, d'autre part, bilatérales.

La *lymphangite* des mains ou des pieds, dans sa forme atténuée, ou lorsqu'elle est à son début, doit encore être mise à part. En effet, il ne suffit pas, pour l'éliminer d'emblée de ne constater aucune plaie des parties atteintes, car il est certain que la moindre érosion momentanée suffit à faire pénétrer le microorganisme, et l'érosion dispa-

rue, l'ennemi reste dans la place. Nous savons en outre que l'état général de l'organisme entre pour beaucoup dans la lutte qu'engage le microbe, et que ce dernier a d'autant plus de chances d'être victorieux, qu'il a affaire à un ennemi plus faible. C'est le cas pour les alcooliques, les surmenés, et les convalescents de fièvres infectieuses comme la dothiénenterie.

Nous n'aurons pas en vue dans notre discussion les cas où la lymphangite revêt une marche galopante, emportant le malade en quelques heures, non plus que tous les autres cas où il se forme des bandes rougeâtres avec cordons moniliformes, pouvant aboutir à des abcès ou à des phlegmons. La lymphangite réticulaire légère est la seule qui peut nous occuper ici. Elle débute par un frisson suivi d'une ascension thermique qui, parfois, atteint 40°. Puis la partie malade devient douloureuse spontanément et subit un paroxysme sous l'influence des pressions qu'on exerce sur elle. Elle est couverte, soit par une rougeur diffuse qui peut-être très légère, soit par des plaques d'un rouge uniforme, séparées par des intervalles de peau saine. Cette rougeur qui semble uniforme de loin, apparaît à un examen attentif comme formée par un réseau excessivement ténu, composé de filaments rosés. De plus, on note toujours un léger œdème de la peau, qui est d'autant plus marqué que la région est plus riche en tissu cellulaire. C'est assez dire, qu'aux doigts et aux orteils, il n'y aura, à ce point de vue, pas grand changement appréciable. Quant à l'évolution de cette affection, ou bien elle continuera sa marche envahissante et pourra donner lieu à

toutes les complications de la lymphangite, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, ou bien, comme c'est la règle, dans cette forme légère, elle passera, après quelques jours d'état stationnaire, à la résolution. La fièvre diminuera, la douleur ou les plaques pâliront, et la douleur disparaîtra complètement.

On voit donc que, dans un cas où la lymphangite n'apparaîtrait qu'avec un peu de fièvre, une légère rougeur, et un peu de douleur, on pourrait croire à une simple apparition d'hyperesthésie douloureuse. Mais on pourra toujours la différencier de celle-ci, en dépistant un léger œdème, en cherchant la porte d'entrée de l'agent pathogène et en examinant de très près le fin réseau rosé qui paraît donner une teinte uniforme. Enfin l'unilatéralité de la lésion, sera une preuve de plus en faveur de la lymphangite.

Comme d'un côté, la fièvre typhoïde est la maladie infectieuse où l'*artérite* est le plus souvent remarquée, et comme d'un autre côté, cette affection présente avec les hyperesthésies douloureuses des extrémités, plus d'un point de ressemblance, nous croyons nécessaire d'établir un parallèle entre ces deux complications. L'artérite typhique a une prédilection marquée pour les membres inférieurs ; cela tient sans doute, comme pour la phlébite, à ce que dans ces parties, il se fait un ralentissement du courant sanguin qui favorise la production de la lésion. Celle-ci n'est pas un accident précoce, car elle n'apparaît en général que pendant la convalescence de la maladie. Au début, le malade ne perçoit que de l'engourdissement et

des fourmillements. Mais bientôt, ceux-ci font place à une véritable douleur que les mouvements exagèrent. La palpation des masses musculaires ne réveille souvent aucune sensibilité anormale tandis que la pression du doigt, localisée en certains points, où l'artère est assez superficielle, détermine là une douleur assez intense, qui varie avec le degré de la thrombose artérielle et celui de la périartérite. En outre, on constate, parfois, que cette période d'oblitération, est quelquefois précédée, durant quelques jours, comme l'a enseigné Gendrin (5), d'une exagération de l'amplitude artérielle ; mais celle-ci est bientôt suivie d'un affaiblissement graduel, puis de l'abolition totale des pulsations. En même temps, on observe naturellement un refroidissement local du membre, du gonflement et un cordon dur et douloureux. Puis, peu à peu, la peau devient violacée et grisâtre, la douleur augmentant de plus en plus. Bientôt, la gangrène s'installe, à moins que la circulation collatérale se rétablisse, et suffise, à elle seule, à la nutrition des parties lésées. Il est certain, que les hyperesthésies douloureuses ne pourraient être confondues qu'avec le début seul de la thrombose artérielle, alors qu'on ne note que de la douleur et des fourmillements, et que les pulsations et la température locale, sont encore normales.

Mais cette forme d'artérite, n'est pas la plus importante au point de vue du diagnostic. Il y a une autre que Barié (1), le premier, a décrite sous le nom d'artérite pariétale, et dont les phénomènes sont beaucoup moins accusés. Encore ici, c'est la douleur qui ouvre la scène, mais elle est

moins vive que dans le cas précédent ; elle se localise en des espaces assez restreints, compris entre la fosse iliaque et l'extrémité des orteils. De plus, si la plupart du temps, elle est unilatérale, Barié l'a vue, trois fois sur dix, occuper les deux côtés. Dans ces cas, il est rare qu'elle soit double d'emblée ; ordinairement, elle débute d'un côté, puis quelques jours après, gagne l'autre. Cependant, dans quelques cas, la douleur occupa, dès le début, symétriquement les deux membres, bien qu'il y eût toujours un côté où le phénomène fût plus accusé.

Le cordon induré fait constamment défaut sur le trajet du vaisseau, car les caillots qui se forment dans son intérieur, doivent être d'un tout petit volume. Le gonflement n'est jamais très accentué ; il se fait en masse ; les parties molles restant lisses, sans traces d'œdème et sans rougeur. Rarement, comme Taupin (22) l'a signalé, on voit se développer quelques veinosités bleuâtres peu apparentes, mais jamais on n'observe de plaques violacées. — Ici encore, on note une diminution assez notable des pulsations artérielles ; mais comme précédemment, l'affaiblissement des battements vasculaires, peut-être devancée, chez certains malades, par une exagération considérable dans leur amplitude ; parallèlement à la plus ou moins grande facilité de pénétration de l'artère par le sang, on voit évoluer la température locale. C'est ainsi que l'on peut noter, soit de l'hyperthermie, soit de l'hypothermie, selon que le vaisseau est distendu ou rétréci.

Quant à la marche de l'artérite aiguë pariétale elle est assez rapide. « On peut lui assigner une durée moyenne de

quatorze jours environ ; cependant, il n'est pas rare, alors que le gonflement a disparu, et que les battements artériels ont repris leurs caractères normaux, de voir les malades se plaindre d'un peu de gêne, de lourdeur, de fatigue dans le membre atteint, surtout après la marche. Néanmoins, ce reliquat de la maladie, ne tarde pas à disparaître lui-même, et la guérison définitive, sous la seule influence du repos du lit est la terminaison de la maladie. Chez certains sujet indociles, quittant leur lit trop tôt, ou qui, à peine guéris, se soumettent à des fatigues exagérées, on voit quelquefois survenir une sorte de rechute à répétition, plus ou moins durable, des accidents du début... Ces rechutes n'ont aucune gravité, le repos complet suffit pour faire rentrer tout dans l'ordre, au bout de quelques jours (Barié) (1). »

Mais si tous ces phénomènes relèvent, en général, d'une oblitération artérielle plus ou moins parfaite par un trombus septique, il convient de se demander si c'est là la seule cause qui puisse être en jeu, et si à côté d'elle, nous ne trouverions pas des troubles plus ou moins profonds de l'innervation vaso-motrice. Et cela serait d'autant plus admissible que, dans un cas cité par Fernet, le sang se retirait de la main de la malade avec sensation de doigt mort, lorsqu'elle sortait le bras du lit, tandis que la circulation se rétablissait peu après que le membre était recouvert. On est donc en droit de se poser cette question : A savoir si dans les cas décrits sous la rubrique d'artérite pariétale, il ne s'agirait pas simplement d'un *trouble nerveux* qui aurait une *répercussion sur les vaisseaux*.

En tout cas, que l'origine soit dans une thrombose ou dans un spasme vasculaire bien que les signes subjectifs douloureux soient assez semblables aux hyperesthésies de nos typhiques, nous ne nous attarderons pas plus longtemps, après ce que nous venons de dire, à discuter le diagnostic différentiel entre ces deux affections. Qu'il nous suffise de rappeler que nous n'avons jamais noté un affaiblissement circulatoire, d'aucune sorte, chez nos malades et que la température de leurs membres n'avait subi aucune modification.

Ceci étant dit, nous passerons immédiatement à l'étude des troubles nerveux. Les *névralgies* sont les affections les plus communes et les moins graves qui soient susceptibles de donner lieu à des troubles sensitifs superficiels, comme ceux dont nous nous occupons ici. Leur début qui est caractérisé par de la douleur, est, en général, assez brusque, bien que, dans certains cas, il paraisse précédé de prodromes d'une durée variable, tels que : pesanteur du membre, douleur vague sur le trajet des nerfs, fourmillements, picotements. Ils semblent prendre naissance en certains points déterminés, d'où la douleur s'irradie dans divers sens. Cette douleur névralgique est souvent intermittente, c'est-à-dire, que les accès viennent exaspérer à des intervalles très irréguliers, la douleur sourde, profonde, qui persiste. Ces crises durent un temps variable, sans que l'on puisse souvent assigner une cause spéciale à leur développement ou à leur sédation. Cependant on trouve parfois qu'elles sont manifestement provoquées par une cause accidentelle, telle qu'un mouvement, une mau-

vaise position du membre, une impression de froid, une émotion, la pression, quelquefois le simple frôlement de la peau. Dans tous ces cas, on peut noter que la pression profonde sur le trajet du nerf, détermine en certains points des paroxysmes douloureux.

A côté de ces exacerbations on trouve, parfois, des espaces de temps où la sédation est complète, et dans lesquelles, le malade ne ressent absolument rien. Ces phénomènes douloureux peuvent être l'unique manifestation de la maladie ; dans la plupart des cas, cependant, on observe, simultanément, des désordres variés, tels que troubles vaso-moteurs, secrétoires, trophiques, etc. Mais, ces complications ne peuvent nullement nous occuper, puisque nous n'avons jamais constaté ces faits chez les malades dont nous rapportons les observations.

En somme, il semble que la névralgie, se bornant à la simple douleur, pourrait absolument être identifiée aux hyperesthésies douloureuses de nos typhiques. Nous ne croyons cependant pas que l'on puisse le faire, car il y a trois points de divergence : D'une part, il serait très rare de voir une névralgie suffire, à elle seule à élever la température générale d'un degré ou plus, alors que ce phénomène est constant dans nos observations. En outre, comme nous l'avons dit, la névralgie présente souvent des intermittences pendant lesquelles, aucune perception douloureuse n'a lieu. Tandis que chez nos malades, à quelque moment qu'on les ait interrogés sur leur mal, ils se plaignirent toujours de souffrir. Enfin, le plus souvent, la névralgie disparaît comme elle était venue ; c'est-à-dire que

la douleur, un beau jour, cède subitement ; tandis que chez certains de nos malades, les douleurs allèrent en s'atténuant de plus en plus, ne persistant plus qu'à la pression profonde, pendant un certain temps, avant de s'évanouir complètement.

On voit donc qu'il y a sur ces trois points une incompatibilité de signes qui nous force à éloigner la névralgie. Mais, à côté d'elle, se place une autre affection des nerfs, qui a avec elle beaucoup de signes communs, et qui pourrait donner lieu à des hyperesthésies douloureuses en tout point semblables à celles que nous avons notées ; nous voulons parler de la *névrite*. Nous savons que les névrites sont dues à des altérations des nerfs, nous trouvons, en outre, qu'elles surviennent assez fréquemment, au cours des maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde.

Quant à la cause de ces névrites, on peut se demander si elle réside dans l'élévation de la température, dans les troubles généraux de la nutrition ou dans l'action du poison typhoïdique sur la fibre nerveuse, celui-là déterminant sur celle-ci, par irritation, un véritable processus de névrite parenchymateuse, Nous rappellerons, seulement à ce propos, sans vouloir trancher la question d'une manière définitive, qu'une maladie infectieuse, bien souvent apyrétique et sans retentissement très notable sur la nutrition des tissus, la diphtérie, entraîne fréquemment, à sa suite, des lésions graves et profondes dans le système nerveux périphérique. — Or, sans vouloir faire un historique de la question, rappelons que Vulpian (26), encore en 1883 avait observé des troubles névritiques consécutifs à la fièvre ty-

phoïde, et les considérait comme étant le résultat d'une myélite. Ceci, pour dire que des faits d'hyperesthésie douloureuse avaient déjà été cités dans la littérature médicale, mais n'avaient pas été rattachés à leur véritable cause. C'est pourquoi Fritz (3), dix ans auparavant, en avait rapporté plusieurs cas, mais il s'était appliqué, en même temps, à voir là d'autres signes tels que la rachialgie, qui lui permissent de les regarder comme la conséquence d'une affection de la moelle. La preuve c'est qu'il nous dit ceci : « Parmi ces troubles de la sensibilité générale, la susceptibilité anormale aux impressions douloureuses, l'hyperesthésie, est celui dont j'ai pu faire l'étude la plus suivie et la plus complète et qui porte, à mon avis, avec lui, le cachet le plus évident de son origine spinale. » Il est certain, qu'avec une telle appréciation des faits, l'obscurité ne pouvait que continuer à régner sur la nature essentielle, de cette question. Il faut arriver à Pitres et Vaillard (17) en 1885 pour que la véritable explication commence à poindre. Ils disent, en effet, en parlant de phénomènes semblables à ceux décrits : « Il serait difficile de les interpréter avec l'hypothèse d'une myélite localisée aux cornes antérieures. Ils traduisent, au contraire, bien plutôt les caractères les plus saillants des troubles sensitifs d'origine névritique. L'existence d'une névrite paraît expliquer aisément, et avec plus de vraisemblance la physionomie si particulière du syndrôme que nous avons étudié. L'évolution de ces accidents, leur mode de début, leur marche habituellement lente et progressive, la succession des divers symptômes, et, surtout, la persistance des troubles sensitifs, tout, en effet, rappelle fidèle-

ment les caractères classiques des névrites les plus légitimes. Ajoutons aussi que des modifications semblables de la sensibilité, peuvent exister seules, sans troubles paralytiques ni trophiques notables, ou devenir tellement prédominantes, que les autres symptômes, passent dès lors au second plan. C'est ainsi qu'on observe dans le cours, ou à la suite de la fièvre typhoïde, certains troubles sensitifs isolés, tels, par exemple que l'hyperesthésie décrite par Fritz qui cause au malade les plus vives souffrances. »

Nous venons ainsi de montrer que nous ne sommes pas le premier à vouloir identifier, ou plutôt établir une relation de cause à effet, entre une névrite et les hyperesthésies douloureuses des extrémités. De plus, nous pouvons être certain, que les cas que nous avons rapportés sont bien dûs à des formes frustes de névrites à peine ébauchées, mais dont la nature néanmoins nous paraît évidente. Selon toute vraisemblance, lorsque ces névrites sont légères, intéressant seulement quelques faisceaux d'un même nerf, elles ne donnent lieu à aucun phénomène appréciable, ou du moins, les troubles qu'elles provoquent se perdent dans la symptomatologie complexe de la pyrexie. Mais que, pour une raison difficile à déterminer, ces lésions des nerfs s'accentuent d'avantage et deviennent plus actives, alors aussi apparaîtront, avec une netteté suffisante, les symptômes habituels des névrites, depuis les simples troubles sensibles jusqu'aux troubles moteurs et aux troubles trophiques.

Ainsi donc, la possibilité de l'existence de ces névrites, à tous les stades, nous permet d'affirmer que ce sont elles

qui provoquent les hyperesthésies douloureuses observées dans la convalescence de certains typhiques.

On nous objectera qu'on ne peut jamais porter une affirmation aussi catégorique, sans avoir contrôlé sous le microscope la véracité de semblables assertions. Cela est en effet un argument assez important ; mais comme tous les malades dont il s'agit ont parfaitement guéri, cette preuve matérielle nous a été impossible à établir. Cependant, Joffroy (10) a eu l'occasion d'étudier anatomiquement, des faits identiques à ceux que nous visons ici, et voici ce qu'il a découvert. Le cylindre-axe et la myéline avaient disparu dans un très grand nombre de tubes nerveux et l'examen histologique de la moelle et des racines nerveuses permit de constater leur intégrité parfaite.

Nous avons tenu à rappeler ces faits importants, car ils appuient notre démonstration, et prouvent que les hyperesthésies douloureuses des extrémités, chez les typhiques convalescents, ne sont que la révélation subjective de névrites légères.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Cette affection est d'un pronostic toujours favorable, puisqu'on ne l'a jamais vue suivie d'aucune complication fâcheuse. Cependant, par les douleurs qu'elle provoque, elle peut devenir, pour les patients, une cause de fatigues exagérées, et leur interdire le sommeil et le repos.

Aussi, pour ces raisons, devons-nous toujours essayer de leur apporter quelque soulagement. M. Rénon, chez les deux premiers malades qu'il eut à soigner, fit faire des applications calmantes, avec du baume tranquille, et du salicylate de méthyle. Mais aucune médication ne parvint à atténuer ces douleurs. Aussi, est-il bien inutile de s'égarer du côté de ces remèdes toujours inefficaces.

Le véritable traitement consistera dans l'isolement et la protection des parties douloureuses. Pour cela, on les fera reposer sur un lit d'ouate et on les recouvrira d'un cerceau. D'autre part, il faudra éviter de plonger le malade dans des bains trop froids, dont le bon effet habituel serait battu en brèche par les troubles douloureux qu'ils provoqueraient. Lorsque, même à une température assez élevée, ils seront mal tolérés, mieux vaudra les supprimer complètement, et les remplacer par des moyens de réfrigération différents, qu'on évitera de faire porter sur les parties hyperesthésiées.

OBSERVATION I (*Personnelle*)

Gaudin Marie, âgée de 18 ans, lingère. — Entre le 30 mai 1906 à l'hôpital de la Pitié, salle Lorrain.

A. H. — Père et mère bien portants.

A. P. — A eu la rougeole étant en bas âge.

Maladie actuelle. — Depuis quinze jours environ, la malade se plaint de courbature et d'anorexie, phénomènes qui l'obligent à cesser tout travail. Cinq jours après, elle est obligée de s'aliter complètement, parce qu'elle souffre de la tête et éprouve des vertiges. Ce n'est qu'au bout de dix jours, qu'elle entre à l'hôpital sur la demande de ses parents, que son état inquiète.

Le 30 mai au soir, la malade bien que fatiguée par son transport, n'a pas cependant l'air trop abattue et répond assez bien aux questions qu'on lui pose. Sa tête la fait souffrir, moins cependant que les jours précédents. Ses pommettes sont rouges, sa peau est brûlante et présente, sur l'abdomen et la partie inférieure du thorax, une dizaine de taches rosées que la pression du doigt fait momentanément disparaître. Elle tousse un peu depuis quelques jours, mais ne crache pas. Elle n'a jamais présenté d'hémorragies de quelque nature qu'elles soient ; il est vrai qu'il y a, en ce moment, une dérivation du côté de son utérus, car elle est en pleine période menstruel-

le. Sa langue est sèche et blanche, et ses lèvres un peu érosées.

Elle accuse de la douleur à la palpation de la fosse iliaque droite, et, à ce niveau, on constate du gargouillement. Son ventre est légèrement ballonné ; elle n'a pas de diarrhée. Sa rate est très perceptible, sans cependant, être très augmentée de volume ; son foie ne présente rien d'anormal. Son cœur a des battements nets et bien frappés et l'oreille n'y découvre aucun signe pathologique. La percussion de ses poumons, ne révèle rien de particulier, mais à l'auscultation, on trouve des râles de bronchite légers et disséminés dans les deux-tiers inférieurs de la poitrine ; aux deux bases, on entend quelques craquements qui n'ont rien de significatif. Les urines sont peu abondantes mais troubles et très foncées.Le pouls présente du dicrotisme et la température est à 39° 8.

1er juin — La malade est plus abattue ; elle est plongée dans une demi-hébétude. Cependant quand on la tire de sa somnolence, elle comprend assez bien ce qu'on lui dit. Les bains à 28° sont prescrits. Sa température le matin est à 39° 8, et le soir à 40° 1.

2 juin. — On fait la séro-réaction qui est nettement positive. La température reste élevée. Le matin, 39° 6 et le soir, 40° 1. Bains à 26°.

4 juin — Les urines sont toujours rares et foncées, la malade ne tousse presque plus, les râles ont presque tous disparu. La température est le matin à 39° 5, le soir à 40° 2. On donne des bains à 24°.

Le 6 juin, apparaît une diarrhée intense de couleur

jaunâtre. L'oligurie, qui avait persisté jusqu'alors, disparaît, et la malade urine un litre et demi. La température baisse un peu. Matin, 38° 3. Soir, 39° 9.

Le lendemain 7 juin, cette détente s'accentue, avec 38° 6 le matin et 39° 5 le soir. La malade se trouve beaucoup mieux et ne somnole presque plus. On abaisse de trois degrés la température du bain (23°). Les taches rosées commencent à disparaître.

Le 8 juin la fièvre reprend subitement une nouvelle intensité, 39° le matin et 40° 2 le soir. En même temps la malade attire l'attention sur ses pieds qui lui semblent engourdis. Cependant, comme elle perçoit très bien le contact de la main à ce niveau, on n'attache pas grande importance à ce phénomène que l'on croit d'ordre banal.

Le 10 juin, la fièvre continue 39° 2 le matin et 39° 6 le soir. De plus, la malade se plaint de ses membres inférieurs. La veille, elle a éprouvé des fourmillements dans l'extrémité des pieds et dans les talons. Aujourd'hui, à ces mêmes niveaux, des élancements douloureux se combinent à ces fourmillements. Le poids des couvertures est insupportable, et, pour les éviter, elle se couche légèrement sur le côté droit, les jambes un peu fléchies et à plat sur le lit, de sorte que dans cette position, les pieds ne touchent les draps que par leur face latérale. Lorsque la malade est mise dans son bain, elle accuse dans les orteils et les talons des sensations douloureuses, excessivement intenses, le contact d'un objet froid produit le même effet. A côté de cela, on n'observe aucun changement dans la sensibilité tactile, douloureuse et thermique.

La température locale est absolument normale. La région moyenne du pied, au niveau de la voûte plantaire, n'est le siège d'aucun phénomène douloureux. Les réflexes rotulien, achilléen et plantaire sont conservés avec leur physionomie habituelle. Au point de vue objectif, rien de particulier, ni œdème, ni rougeur, ni cyanose, et les mouvements des orteils sont parfaitement conservés.

Jusqu'au 14 juin inclus, l'état de la malade est stationnaire.

Le 15, la température est toujours élevée, matin, 39° 6 et le soir, 39° 7. On constate, le soir, l'apparition d'une nouvelle éruption de taches rosées sur le ventre ; de plus, la malade présente une surdité assez accentuée. Bains à 28°.

Jusqu'au 19, état stationnaire. Ce jour-là, le thermomètre marque le matin 38° 9 et le soir 40° 3. On trouve un peu de contracture des jambes, cependant, sans raideur de la nuque.

Le 20 juin, T. m. 40°-6 s. 40° 5 l'hyperesthésie des extrémités inférieures cède un peu, la malade tousse et ressent un point de côté à droite. A l'auscultation, on trouve un petit foyer de broncho-pneumonie. La contracture des jambes a disparu.

Jusqu'au 23, rien de nouveau. T. m. 38° 5, s. 40° 1. L'hyperesthésie des pieds disparaît de plus en plus ; le foyer de broncho-pneumonie persiste. La malade entend mieux quand on lui parle.

A partir du 29 juin, l'hyperesthésie des orteils et des talons disparaît complètement, et la courbe thermique

descend peu à peu avec de grandes oscillations. On donne à la malade qui a pas mal de diarrhée, de la décoction blanche de Sydenham.

Le 4 juillet, la malade tousse et crache beaucoup. On lui fait respirer de l'oxygène car elle est un peu oppressée. Son point de broncho-pneumonie est en voie de résolution.

Le 19 juillet la dyspnée reparaît ; à l'auscultation du poumon, on ne trouve que de l'obscurité respiratoire dans le côté droit ; mais le cœur présente des signes de myocardite.

Cet état dure jusqu'au 1er août avec une élévation croissante de la température, à grandes oscillations. A cette date, on découvre une pleurésie purulente du côté droit.

Le 8 août on pratique une pleurotomie, et la température tombe brusquement pour ne plus remonter.

Le 20 août la malade reprend peu à peu ses forces, pendant que son empyème régresse.

Le 2 octobre, elle sort de l'hôpital, complètement rétablie, et va à la campagne pour achever sa convalescence.

OBSERVATION II

(L. Rénon et L. Tixier, *Bulletin de la société médicale* 22 juin 1906)

I. J.., vingt ans, menuisier, entre le 30 août 1905, salle Piorry, avec les signes classiques d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, au début du deuxième septénaire.

Pas d'antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels instructifs.

Pendant les quinze jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, le malade s'est senti courbaturé, il a ressenti une céphalée frontale fixe et continue.

On est en présence d'un jeune homme de constitution assez robuste.

La langue est saburrale, un peu sèche sur les bords, le ventre est ballonné, légèrement douloureux ; il existe du gargouillement dans la fosse iliaque droite ainsi qu'une diarrhée ocre jaune.

La matité splénique est très appréciable, le foie douloureux déborde les fausses côtes, de deux travers de doigt.

On remarque une quinzaine de taches rosées lenticulaires au niveau des flancs.

L'état général est plutôt bon ; aussi M. Pissary qui supplée M. Rénon ne fait-il pas prendre de bains, la médication instituée, fut 1 gramme de pyramidon dans les vingt-quatre heures (du 20 août au 5 septembre).

Durant les douze premiers jours, la température se main-

tient en plateau aux environs de 40° le pouls oscille entre 100 et 110.

Au dix-neuvième jour, la maladie ébauche une défervescence, mais la température ne tarde pas à remonter pour osciller entre 38° 2 et 39° 4 du dix-neuvième au trente-troisième jour de la dothienentérie (amaigrissement considérable).

Le 25 septembre (trente-quatrième jour), J... se plaint de palpitations, le pouls est à 108 ; les bruits du cœur irréguliers, mal frappés ; le thermomètre marque 40 degrés.

Du trente-quatrième au quarante-cinquième jour, on assiste à l'évolution d'une myocardite classique.

Le 6 octobre, le malade se plaint d'engourdissements et de fourmillements au niveau des membres inférieurs, et ces sensations pénibles augmentent d'intensité les jours suivants.

Le 13 octobre, (cinquante-deuxième jour), après une descente en lysis de la courbe thermique qui semble pourtant annoncer le début de la convalescence, le malade accuse une douleur extrêmement vive, localisée aux téguments recouvrant les orteils et la face dorsale du pied ; c'est une douleur atroce, continue, avec paroxysmes sous forme de crampes.

Son intensité est telle, que le simple poids des couvertures arrache des cris au patient.

Des applications de salicylate de méthyle puis de baume tranquille ne produisent pas grand soulagement. Le thermomètre atteint 38° 5 le soir, même 38° 9 le lendemain (quarante-huitième et quarante-neuvième jours de la maladie).

Au point de vue objectif on ne constate aucune perturbation des réflexes tendineux et cutanés, les téguments du pied sont peut-être un peu plus froids que ceux de la jambe ; il n'existe aucune rougeur, aucune tuméfaction, la sensibilité thermique n'est aucunement troublée ; l'hyperesthésie douloureuse est telle qu'elle rend très pénible l'exploration de la sensibilité au tact et à la douleur ; il n'existe, en aucun endroit, des zônes d'hyperesthésie ou d'anesthésie. Ces modifications de la sensibilité, (hyperesthésie douloureuse) sont perçues au niveau des téguments de la face dorsale des deux pieds et de la face antérieure du tiers inférieur de la jambe.

Pendant cinq jours consécutifs, les phénomènes douloureux persistent, mais avec une certaine tendance à s'atténuer, la température descend en lysis à 36° 2 pour se maintenir les jours suivants au-dessous de 37°. Les douleurs spontanées, ont complètement disparu, il persiste seulement une légère hyperesthésie à la pression, l'état général est très satisfaisant ; l'alimentation est commencée.

Le malade mange, en cachette, d'une façon démesurée, et le 5 novembre, (soixante-treizième jour de la maladie) le thermomètre monte à 40°, la rate est de nouveau perceptible, la diarrhée reparaît, des taches rosées sont de nouveau constatées. Il s'agit d'une rechute ; bien qu'il existe un amaigrissement considérable, l'état général n'est pas trop mauvais ; la température tombe en lysis, mais elle est encore à 37° 8, le 12 novembre (quatre-vingt-deuxième jour), lorsque les parents du malade l'emmenèrent chez eux, malgré les avis les plus pressants.

Il est revu pendant sa convalescence (12 janvier 1906) ; il nous dit que sa température est redevenue tout-à-fait normale, huit jours après son départ de l'hôpital, c'est-à-dire plus de trois mois après de début de la dothiénentérie.

La convalescence s'est effectuée dans les meilleures conditions, les réflexes cutanés et tendineux sont partout normaux ; il n'existe aucune modification de la sensibilité au tact, à la chaleur et à la douleur ; jamais il n'a plus ressenti de phénomènes douloureux semblables à ceux qu'il avait éprouvés pendant le cours de sa maladie.

Le séro-diagnostic est encore positif au 1/40, deux mois après la disparition de l'état fébrile.

OBSERVATION III

(L. Rénon et L. Tixier, *loc. cit.*)

Mme B..., trente-sept ans, journalière, entre à la Pitié, salle Lorain, le 14 novembre 1905, pour céphalée-vertiges, douleurs abdominales. On est surtout frappé par un état de prostration très marqué.

La malade présente, au complet, les symptômes d'une fièvre typhoïde au début du deuxième septénaire. La température est à 41° 1, le pouls à 84, dicrote, mal frappé. Les bains sont donnés dès le premier jour.

Le seizième jour de la maladie, la température, après être demeurée en plateau, descend à 38°, l'abattement es moins marqué, le taux des urines remonte.

Le dix-neuvième jour (24 novembre), bien que l'état général soit devenu très bon, et que le thermomètre soit descendu à 37° 5, la malade accuse, à l'occasion des mouvements, des douleurs assez vives au niveau des mains et des pieds, et principalement au niveau des articulations métacarpophalangiennes. Les deux jours suivants, la température est à 38°, 38° 2. Les douleurs deviennent plus vives et le contact des couvertures est difficilement supporté (bains supprimés, en raison des douleurs, dès le 24 novembre).

Ascension de température à 40° 3 le 28 ; les douleurs sont alors devenues intolérables ; lorsque la malade fait un mouvement quelconque, elle est prise de douleurs

atroces, comparables à des piqûres d'aiguille, qui ont surtout pour siège les téguments recouvrant les petites articulations des mains et des pieds. Aucune sensation semblable à la pression des téguments de la jambe, du bras, des ligaments des grosses articulations. Le simple frôlement de la peau réveille des paroxysmes tout-à-fait pénibles ; on a la sensation que les téguments superficiels seuls sont en cause.

Il n'existe aucune modification de la sensibilité thermique, aucune zône d'anesthésie ou d'hypoesthésie. Les réflexes cutanés et tendineux sont semblables et normaux, tant au membre supérieur qu'au membre inférieur.

Le 28, le 29 et le 30 novembre, les douleurs sont toujours excessivement vives, aucune médication externe ne les atténue (baume tranquille, salicylate de méthyle), la température oscille aux environs de 40° le pouls est à 100.

Le 1er décembre (vingt-sixième jour de la dothienentérie) les douleurs cessent brusquement pour ne plus réapparaître dans la suite, la température descend régulièrement en lysis, mais se maintient encore à 38° pendant une huitaine.

Le 15 décembre (quarantième jour), la malade est en hypothermie depuis quatre jours : elle est alimentée progressivement, la convalescence s'effectue normale, sans incidents, et, le 8 janvier, elle quitte l'hôpital en excellent état.

Au moment de son départ, le sérum de cette malade agglutine encore la culture du bacille d'Eberth à 1/80.

OBSERVATION IV

(Thèse de Guny, *Observation I*)

Lingrand, Valentine, vingt-et-un ans. Entrée à Tenon, salle Bouillaud, le 29 juillet 1900. Sortie le 10 septembre.

A. H. — Rien.

A. C. — Rien.

A. P. — Rougeole. — Réglée à quatorze ans. Pas d'enfants. — Jamais de crises de nerfs, pas d'antécédents éthyliques.

Maladie actuelle. — Depuis quinze jours la malade est mal à l'aise. Elle cesse tout travail et s'alite, il y a huit jours. Elle souffre de la tête (front). Saigne deux fois du nez. Tousse un peu, est plutôt constipée.

Examen. — La malade a un aspect très abattu. Elle répond très bien aux questions qui lui sont posées. Elle se plaint de la tête. — La peau est chaude ; taches lenticulaires à la base du thorax. Les tibias ont une courbure à convexité antérieure très accusée. Pas d'autre signe de rachitisme. Langue blanche au centre, rouge sur les bords. La gorge n'est pas rouge, il n'y a pas d'ulcérations pharyngées. La malade raconte qu'elle n'a pas d'appétit et pas de selles depuis vingt-quatre heures. Le ventre est légèrement ballonné. La pression est douloureuse dans la fosse iliaque droite, et il y a de la sensibilité à la partie supérieure de la fosse iliaque gauche. La rate est hyper-

trophiée à la percussion, mais à la palpation elle n'est pas perçue.

Urines foncées, un peu d'albumine. Quelques râles sibilants dans la poitrine, surtout à la partie antérieure. Température, matin 39° 6. Pouls 120. On donne à la malade 30 gr. de sulfate de soude. Régime lacté. Limonade vineuse. — Bains refroidis à 25°. — Température : soir, 39° 8.

1^er^ août. — Etat à peu près stationnaire. Céphalée moins intense. Taches rosées plus nombreuses. Les urines présentent la diazo-réaction d'Erlich.

Température : matin, 38° 3. Soir, 39° 2.

2 août. Même traitement. Bains refroidis, toutes les trois heures. La malade est plus abattue qu'à son entrée ; elle répond plus difficilement aux questions qui lui sont posées. Le ventre est encore un peu ballonné. Une diarrhée jaune s'est installée. La fosse iliaque droite demeure douloureuse et on y provoque des gargouillements. Température, matin : 38° 6 ; soir 39° 4.

3 août. — État stationnaire. Température : matin, 38° 8 ; soir, 39° 2. La séro-réaction est positive au 1/20. La température reste au-dessus de 38° jusqu'au 7 août. La malade maigrit et pâlit. Les râles ont disparu de la poitrine. Encore un peu d'albumine dans les urines. La séro-réaction est moins nette.

7 août. — Température : matin, 37° 6 ; soir, 39° 4. La malade est somnolente ; elle dort toute la journée et se montre de mauvaise humeur quand on la réveille. Elle commence à réclamer à manger.

8 août. — Température : matin, 38° 6 ; soir : 37° 6. On ne donne plus de bain que quand la température dépasse 38°.

10 août. — Température : matin, 37° 2. On cesse les bains. La malade se trouve mieux ; cependant, elle garde encore son caractère maussade. Plus d'albumine dans les urines. La malade est très pâle, très amaigrie. Rougeur due au décubitus, mais pas d'eschares.

Depuis le 13 août, la température est au-dessous de 37°. On commence à l'alimenter le 15.

Le 18 août, la malade raconte que depuis déjà quelques jours, elle ressent des élancements très douloureux dans les orteils et dans les pieds, que ces élancements qui étaient d'abord très espacés deviennent beaucoup plus fréquents, à tel point, qu'ils l'ont réveillée la nuit précédente. En découvrant la malade on perçoit une sorte de contracture des tendons des extenseurs des orteils, qui font une saillie anormale sous les téguments. Les orteils des deux côtés sont plutôt portés sur la face dorsale. Cependant les deux dernières phalanges sont repliées vers la face plantaire. Les pieds ont une position anormale.

A la palpation, on provoque de la douleur, surtout au niveau de la phalangette et de la deuxième phalange. La première phalange est beaucoup moins douloureuse. La douleur semble avoir la même intensité sur tous les orteils. Avec la pointe d'un crayon, on provoque de la douleur, surtout sur la phalange unguéale, sans que l'on puisse trouver un point plus spécialement sensible.

La peau est hyperesthésiée et le moindre frôlement, la

pression la plus légère, sont douloureusement ressentis par la malade. Celle-ci nous raconte d'ailleurs qu'elle ne peut plus supporter le poids de ses draps et nous montre qu'elle place ses pieds en abduction, pour éviter leur contact avec ses orteils.

Les orteils sont douloureux à la pression, bien que la malade dise qu'elle ressente des élancements et des douleurs dans les pieds. La palpation des tendons extenseurs n'est pas douloureuse, pas plus que celle des masses musculaires de la jambe. La malade remue facilement ses membres inférieurs ; elle ne se plaint nullement de sensation de lourdeur.

Sensibilité normale tactile, douloureuse et thermique. Sa température locale ne paraît pas abaissée. Pas d'œdème des membres inférieurs. Les réflexes rotuliens sont notablement affaiblis. On entoure les pieds d'une couche d'ouate et on fait une application laudanisée.

22 août. — Température : matin, 37° ; soir, 40° 4.

23 août. — Température : matin, 40° ; soir, 40° 4.

On supprime tout aliment ; on ordonne de nouveau des bains au grand mécontentement de la malade qui conserve toute sa lucidité.

24 août. — Température : matin, 39° 4 ; soir, 39° 8.

La malade ne se plaint de nulle part, sauf de ses pieds qui, dit-elle, ne l'ont pas laissée encore un moment tranquille. Elle y ressent toujours des élancements, des fourmillements, des crampes, et a, de plus, de temps en temps, une sensation d'engourdissement. Au point de vue objectif, aucune modification.

26 août. — Température : matin, 39° ; soir, 39° 4. La diazo-réaction a reparu dans les urines. La douleur des orteils persiste. Pas de modifications dans la coloration des téguments.

31 août. — Température : matin, 37° 6 ; soir, 38° 6. La malade est mieux disposée, mais elle se plaint de souffrir encore de ses pieds.

A partir du 7 septembre, la température est redevenue normale. On cesse les bains.

Le 10 septembre, comme on ne veut pas alimenter la malade à son gré, elle sort sur sa demande. Le jour de son départ, elle se plaint encore de ses orteils. Cependant, elle dit que la douleur y est moins intense depuis quatre ou cinq jours ; elle peut momentanément reposer la nuit.

OBSERVATION V

(Thése de Guny) — *Obs. II*)

Engel Charles, âgé de 17 ans, ébéniste. Entré à Tenon, salle Lelong, le 21 août 1900. Sorti guéri le 26 septembre.

A. H. — Père mort d'accident. Mère bien portante.

A. C. — A perdu plusieurs frères et sœurs en bas âge. Une sœur bien portante.

A. P. N'a jamais eu que de petites indispositions ne se rappelle pas s'être jamais alité pour une maladie sérieuse. Pas d'antécédents névropathiques spéciaux.

Maladie actuelle. — Le malade raconte qu'il n'est pas bien portant depuis une quinzaine de jours. Il se sentait courbaturé, souffrait de la tête, n'avait pas d'appétit. Il fut purgé, mais comme les symptômes ne s'amendaient pas, il dut s'arrêter de travailler et il commença à garder le lit, il y a 6 jours.

Il entre à l'hôpital le 21 août sur le conseil de son médecin. Le soir de son entrée, 39° 6 de température. Le malade est abattu, les yeux sont brillants, les pommettes rouges. Pourtant le malade répond encore assez bien aux questions qui lui sont posées. Il n'a pas saigné du nez, il se plaint de souffrir de la tête et particulièrement de la nuque. Il ne tousse pas. Il a la diarrhée depuis déjà quelques jours.

A l'examen, on trouve la langue recouverte d'un enduit saburral, la gorge est un peu rouge. La région épigastri-

que est un peu douloureuse à la pression.La pression dans la fosse iliaque droite provoque de la douleur et du gargouillement. Le foie ne semble pas augmenté de volume. La rate, au contraire, donne une matité étendue et lorsqu'on fait coucher le malade sur le côté droit, on peut assez facilement percevoir par la palpitation son bord antérieur.

Aux poumons, quelques râles sibilants, rares à la partie antérieure de la poitrine. Rien de spécial au cœur. Pouls rapide, 128 pulsations. Urines : Pas d'albumine.

22 août. — Température : matin, 39° ; soir, 39° 4.

Le malade est toujours très abattu. On trouve des taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et quelques rares taches sur le thorax. Les urines offrent la diazo-réaction d'Ehrlich. On donne la balnéation à 25°.

23 août. — Température : matin, 39° 2 ; soir, 40°.

La langue est sèche, rouge sur les bords, trémulante. Les lèvres sont fuligineuses. Le malade a une diarrhée jaune assez abondante. Pas de ballonnement du ventre.

26 août. — Température : matin, 39° 2 ; soir, 40° 2.

Le malade ne répond que difficilement aux questions qui lui sont posées. Il a de temps en temps des soubresauts des tendons.

27 août. — Température : matin, 39° 8 ; soir, 40°.

Le premier bruit paraît un peu assourdi à la pointe. Le pouls est dicrote. La séro-réaction est positive.

28 août. — L'état reste stationnaire, la température reste aux environs de 40°. — Traces d'albumine dans les urines.

30 août. — Température : matin, 38° 5 ; soir 39°.

Les urines sont très chargées en urée, l'état général est plutôt meilleur.

3 septembre. — Température, matin, 37° 4 ; soir, 38°.

Le malade demande à manger, la langue est bonne, plus de diarrhée.

5 septembre. — La température est à 37°. Tous les symptômes ont à peu près disparu. Amaigrissement très notable.

9 septembre. — On commence à alimenter le malade.

12 septembre. — Nouvelle ascension thermique. Petite rechute qui dure jusqu'au 15 septembre sans qu'aucun symptôme du début réapparaisse.

18 septembre. — Le malade raconte que depuis la veille, il souffre des pieds. Il y ressent comme des fourmillements, des élancements, qui, dit-il, l'ont empêché de dormir. Quand on l'interroge, on apprend qu'il souffre surtout des orteils, à peu près également aux deux pieds, sans prédominance notable.

A l'inspection, on trouve les pieds dans l'extension sur la jambe. Au contraire, les orteils sont fléchis vers la plante, comme contracturés et leurs tendons extenseurs font une saillie très notable sur la face dorsale du pied. Le malade demande qu'on lui mette un cerceau au-dessus des pieds, car s'il souffre continuellement, ses douleurs sont encore exagérées par le contact des draps et arrivent à avoir une acuité insupportable. A la palpation, les pieds semblent plus froids que le reste du corps.

Par la pression on provoque une douleur extrême au niveau de la phalange unguéale tant, sur la face plantaire

que sur la face dorsale et que sur les parties latérales. De même, les autres phalanges sont douloureuses, mais à un degré beaucoup moindre. Avec la pointe d'un crayon, on voit que la douleur a son maximum au niveau de l'extrémité de la phalange unguéale, et au niveau des deux articulations de l'orteil. La sensibilité au tact, à la piqûre, à la chaleur, paraît normale. Le malade remue très facilement ses orteils, bien que ce mouvement exagère sa douleur. Les réflexes patellaires sont normaux. Pas de douleur spontanée ni provoquée le long des vaisseaux, ni à la pression des masses musculaires.

20 septembre. — Le malade se plaint toujours des orteils. Il y ressent des élancements extrêmement douloureux. La douleur semble prédominer maintenant au niveau du gros orteil, remontant même le long du premier métatarsien et offrant un maximum à la pression du niveau de l'articulation cunéo-métatarsienne. Les mouvements volontaires ou provoqués des orteils sont toujours très péniblement ressentis par le malade.

21 septembre. — Le malade commence à se lever, mais il ne peut supporter des chaussures et il ne peut marcher, tant le mouvement et le contact du talon antérieur avec le sol sont douloureux.

23 septembre. — A suite de plusieurs applications laudanisées et de l'immobilisation des membres inférieurs les douleurs semblent diminuer d'intensité. Cependant il persiste une sensation d'engourdissement, des fourmillements et des élancements moins violents qui tendent à s'espacer.

25 septembre. — Le malade dit ne plus souffrir du tout, il marche facilement. La pression n'est plus douloureuse, les mouvements sont exécutés avec facilité.

26 septembre. — Le malade part en convalescence. Revu depuis cette époque, le malade dit qu'il n'a jamais plus souffert de ses orteils depuis sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION VI

(Thèse de Guny. *Observation III*).

Jape Emile, âgé de 38 ans, cultivateur. Entré à Tenon, salle Lelong, le 4 septembre 1900. Sorti guéri le 26 septembre.

A. H. — Père mort très âgé.

Mère morte de la poitrine

A. C. — Frères et sœurs bien portants.

A. P. — Aurait eu la rougeole et la scarlatine pendant son enfance. Aurait eu depuis plusieurs bronchites, et l'influenza il y a cinq ans. Antécédents éthyliques probables.

Maladie actuelle. — Le malade raconte qu'il est malade depuis au moins trois semaines. Il ne se rappelle plus exactement comment cela a débuté, mais depuis ce temps, il tousse. Il a saigné du nez, mais extrêmement peu, il y a une quinzaine de jours. Il a souffert de la tête, mais n'en souffre plus actuellement. Il s'est arrêté de travailler, il y a environ dix jours, et depuis ce temps, garde le lit. Bref, il entre à l'hôpital surtout parce qu'il se sent faible et qu'il a de la fièvre.

A l'examen, son facies ne présente rien de spécial ; il répond facilement aux questions qui lui sont posées. La langue est humide, mais très blanche au centre, et rouge à la pointe et sur les bords. Le malade a pas mal de diarrhée.

La fosse iliaque droite est douloureuse à la pression, et on y provoque du gargouillement. Le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt environ.

La matité splénique paraît augmentée. Le ventre n'est pas ballonné. On aperçoit quelques rares taches dans la région dorsale.

L'auscultation des poumons fait entendre des râles sibilants et ronflants, et des râles sous-crépitants assez gros aux deux bases en arrière.

Urines. — Un peu d'albumine. Beaucoup d'indican. Diazo-réaction positive. Température : soir, 39° 8.

5 septembre. — Température : matin, 39° 2 ; soir, 40°. L'état est à peu près stationnaire. On ordonne la balnéation.

7 septembre. — Température : matin, 39° ; soir, 39° 8. Au moment où on met le malade dans son bain, il se plaint de souffrir des orteils, surtout au pied droit. Il compare sa douleur à la constriction d'un étau et s'efforce de ne pas frôler la baignoire avec ses pieds, tant les moindres contacts sont douloureux.

8 septembre. — Température : matin, 39° soir, 39° 4. La douleur des orteils n'a pas cessé, et le malade se plaint de ressentir des crampes des deux côtés. Il a placé ses pieds en abduction extrême pour éviter le contact des draps avec l'extrémité des orteils. A la palpation, on ne perçoit pas de refroidissement des extrémités. On provoque une douleur très intense par la pression sur tous les orteils. La peau est elle-même hyperesthésiée. La sensibilité thermique est normale. Pas d'atrophie musculaire notable.

Les mouvements des orteils spontanés ou provoqués sont extrêmement douloureux.

11 septembre. — Température : m., 37° 4 ; s., 37° 6.

L'état général est satisfaisant. Les crampes persistent dans les orteils. Réflexes patellaires normaux. Pas de douleurs dans les reins.

14 septembre. — Les douleurs sont beaucoup moins intenses, le malade se plaint surtout maintenant de fourmillements.

18 septembre. — On a commencé l'alimentation depuis le 15. Les douleurs ont complètement cessé, les fourmillements ont disparu, la palpation, les mouvements spontanés et provoqués ne sont plus douloureux.

22 septembre. — Le malade se lève. Il se plaint d'un peu de faiblesse des jambes, mais ne ressent pas de douleurs dans la station debout, ni pendant la marche.

26 septembre. — Le malade part en convalescence.

OBSERVATION VII

(Thèse de Guny. *Observation IV*).

Golsand Emmanuel, âgé de 16 ans, jardinier. Entré à Tenon, salle Lelong, le 21 août 1900. Sorti guéri le 25 octobre.

A. H. — Mère morte à 35 ans, le malade étant en bas âge. Père est resté longtemps malade, mort à 45 ans.

A. C. — Un frère âgé de 21 ans, probablement bacillaire. Sœur plus jeune que le malade d'un an, bien portante.

A. P. — Rougeole à 11 ans. — Oreillons un peu plus tard. Angines fréquentes.

Maladie actuelle. — Entré à l'hôpital le 21 août. Malade depuis 15 jours. S'est arrêté de travailler le 3 août. Depuis ce moment souffre beaucoup de la tête. A eu mal à la gorge. Tousse, n'a pas eu la diarrhée.

A son entrée à l'hôpital, râles sibilants disséminés. Râles sous-crépitants disséminés à la base gauche.

Douleur provoquée dans la fosse iliaque. Langue sale au centre, rouge sur les bords. Amygdales légèrement augmentées de volume et rouges.

Taches rosées.

Rate grosse.

Température: Matin, 39°2; soir 39°8.

22 août. — On donne au malade de l'eau de Sedlitz.

La céphalalgie est beaucoup moins intense. Les phénomènes pulmonaires persistent.

Chute de la température en lysis. Atteint la normale le 25 août.

28 août. — Température : Matin, 36° 2 ; soir, 38° 2.

Le malade est plus abattu, il souffre de la tête. Les phénomènes pulmonaires se sont amendés.

29 août. — Température : Matin, 38° 4 ; soir, 39° 9.

Le malade ne se plaint toujours que de la tête. Diarrhée depuis le 22 août.

30 août. — Température : Matin, 37° 4 ; soir, 37° 7.

Le malade se trouve mieux.

L'amélioration continue, la température oscille autour de 37°.

On commence à alimenter le malade le 5 septembre.

8 septembre. — Température : Matin, 38° 4 ; soir, 39° 8.

De nouveau céphalalgie. La constipation s'est installée depuis l'alimentation. On donne un lavement chaque jour.

13 septembre. — Température : Matin, 38° ; soir, 39° 4.

Jusqu'au 15 septembre la température oscille autour de 38°, atteignant 39° le soir, redescendant à 37° le matin.

20 septembre. — La température reste définitive à 37°.

Les symptômes fonctionnels ont disparu.

On alimente le malade avec 2 œufs le 24 septembre.

On augmente progressivement l'alimentation.

26 septembre. — Le malade se plaint de souffrir depuis quelques jours au niveau de l'extrémité des orteils du pied gauche. La phalange unguéale est douloureuse spontané-

ment, donnant l'impression de piqûres, parfois d'élancements. Le quatrième orteil est plus douloureux que les autres et la douleur s'étend jusqu'à la racine de l'orteil.

En même temps le malade accuse une sorte d'engourdissement dans tout le membre inférieur gauche. Celui-ci semble plus lourd que d'ordinaire ; le malade appuie lui-même avec sa main sur la partie antérieure de la cuisse, sur le trajet des vaisseaux fémoraux, disant que cette manœuvre calme les douleurs qu'il ressent de temps en temps.

La pression des orteils est douloureuse surtout au niveau de l'ongle. Quand on ordonne au malade de remuer les orteils, il le fait sans ressentir de douleur, sauf pour le quatrième orteil pour lequel les mouvements exagèrent les douleurs.

Le frôlement des draps lui est pénible, et le malade raconte que déjà depuis quelques jours, il place son pied droit sur son pied gauche, de façon à éviter le poids des couvertures sur ses orteils sensibles. Pour s'endormir, il nous dit qu'il est obligé de se mettre un mouchoir noué autour du pied, lequel fait tampon entre les orteils et le drap du lit.

Les douleurs qu'il ressent, de temps en temps, dans le membre inférieur sont assez diffuses. A la palpation on provoque de la sensibilité. Les réflexes sont normaux. On trouve quelques marbrures sur la face dorsale du pied gauche. Celui-ci, d'ailleurs, semble plus froid que le pied droit. Les douleurs durent avec une grande intensité, pendant six ou sept jours.

28 septembre. — Poulet, œufs, purée.

29 septembre. — Idem.

Température : Matin, 37°. A midi, pas d'appétit, cependant le malade se force à manger.

30 septembre. — Température : matin, 38° 6 ; soir, 39° 6. Les pieds ne sont plus douloureux, ni spontanément, ni à la pression.

1er octobre. — Température : matin, 37° 8 ; soir, 39°.

Le malade se trouve mieux, il redemande à manger.

2 octobre. — Température : matin, 38° ; soir, 38° 6.

3 octobre. — Température : matin, 37° ; soir, 37° 3. La température est définitivement tombée et ne dépasse plus 37°.

On recommence l'alimentation le 9 octobre. Le malade commence à se lever le 10 octobre. Il se plaint de souffrir dans les cuisses, mais pas dans les pieds.

Le 20 octobre, il se plaint de souffrir de tous les orteils des deux pieds, il ne peut supporter ses chaussures.

Cette douleur ne dure avec cette intensité que pendant deux ou trois jours.

23 octobre. — Le malade n'a plus qu'un peu de sensibilité à la pression, au niveau de l'extrémité des orteils, avec prédominance pour le gros orteil et le quatrième orteil du pied gauche.

CONCLUSIONS

1° La question des hyperesthésies douloureuses des extrémités, dans la convalescence de la fièvre typhoïde avait été soulevée depuis longtemps, mais elle n'avait jamais été isolée d'une façon spéciale.

2° Les signes de cette affection sont surtout constitués par des fourmillements et des élancements avec paroxysmes, provoqués par le moindre contact et par les variations brusques de température.

3° Naissant soit subitement, soit graduellement, elle peut disparaître également de ces deux façons, mais son apparition coïncide avec une poussée thermique, sans doute indice d'une réinfection.

4° Il faut voir la cause de ces troubles sensitifs dans une névrite superficielle et légère, qui garde constamment cette allure, relativement bénigne, et disparaît au bout d'un temps variable, sans laisser de traces.

6° Le traitement curatif a peu de prise sur cette ae ction. On se bornera à éviter les traumatismes et l'action du froid.

Vu, le Président :
E. DIEULAFOY

Vu, le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1. Barié. — *Revue de médecine*, 1884.
2. Bru. — *De la phlegm. alb. dol. dans la fièvre typhoïde.* Th. Montpellier, 1904-05.
3. Fritz. — *Etude clinique sur divers symptômes spinaux observés dans la dothiénentérie.* Th. de Paris, 1863.
4. Gardiol. — *De l'ostéo-périostite éburnée typhique.* Th. de Montpellier, 1904.
5. Gendrin. — *Leçons sur les maladies du cœur et des artères*, 1840-41.
6. Goubeau. — *Troubles cutanés dans la convalescence de la fièvre typhoïde.* Th. Paris, 1899-1900.
7. Grellety. — *La fièvre typhoïde.* Th. Paris, 1883.
8. Guny. — *Douleurs des orteils dans la convalescence de la fièvre typhoïde.* Th. Paris, 1900.
9. Hutinel. — *Etude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde.* Th. d'agrégation, 1883.
10. Joffroy. — *Des névrites parenchymateuses spontanées. Archives de physiologie*, 1879.
11. Lombard et Fauconnet. — *Etudes cliniques sur la fièvre typhoïde*, 1843.
12. Mercier. — *Périostite dans la fièvre typhoïde. Revue mensuelle*, janvier, 1879.
13. Murchison. — *Traité de la fièvre typhoïde*, 1878 (Traduction Lutaud).
14. Muxart. — *De la phlegm. alba dolens dans la fièvre typhoïde.* Th. Montpellier, 1899.
15. Orsini. — *Contribution à l'étude des manifestations osseuses de la fièvre typhoïde.* Th. Montpellier, 1904-05.
16. Parot. — *Contribution à l'étude de la myélite typhique.* Th. Lyon, 1902.
17. Pitres et Vaillard. — *Contribution à l'étude des névrites périphériques survenant dans le cours ou la convalescence de la fièvre typhoïde. Revue de médecine*, 1885.
18. Raymond. — *Revue de médecine*, 1885.
19. Rendu. — *Clinique médicale*, 1890.
20. Rénon et Tixier. — *Hyperesthésies douloureuses dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Bulletin de la société médicale des hôpitaux*, 22 juin, 1906.
21. Sommeil. — *Abcès musculaires dans la fièvre typhoïde.* Th. Lille, 1901.

22. Taupin. — *Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde observée dans l'enfance. Journ. des connais. médic. chirurgic,* 1839, p. 247.
23. Van Remoortère. — *Contribution à l'étude des ostéopériostites de la fièvre typhoïde.* Th. Lille, 1901.
24. Vaquez. — *De la thrombose cachectique.* Paris, 1890.
25. Vincent. — *Bactériologie des phlébites dans la fièvre typhoïde. Semaine médicale,* 21 août, 1895.
26. Vulpian. — *Revue de médecine,* 1883, p. 617 et suiv.

Imp. Alfred LECLERC, Paris

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE